

(特別講演)犯罪・鑑定・精神医学

| | |
|-----|---|
| 著者 | 辻 恵介 |
| 雑誌名 | 栃木精神医学 |
| 巻 | 38 |
| ページ | 3-17 |
| 発行年 | 2018-12-25 |
| URL | http://id.nii.ac.jp/1419/00001075/ |

犯罪・鑑定・精神医学

辻 恵介*

Key words : criminal responsibility, false accusation, forensic psychiatry, psychometric evaluation, serial killer

1. はじめに

裁判員制度や医療観察法の影響で、携わる精神科医が昔より増えたとは言え、刑事精神鑑定には、未だ酔狂な通人の手慰み的な香りが漂っているような気がする。それはそれで悪くないが、精神医療に携わっていると、なにかの拍子に刑事精神鑑定に関与せねばならなくなることがあるかも知れない。ここで問題となるのは、精神医療と司法の専門性の高さである。精神医療関係者は、日常の臨床で患者や家族とやりとりをする際に、彼我の知識やものごとの捉え方に差があることに留意しているだろうが、いくら気を付けていても、思わぬ誤解が生じていて驚かされることがあるはずである。この辺の事情は、司法関係者が市民と話す際も同じである。そして、日ごろ接点が少ない分野の専門家の思考法は、世間一般の人々のものの考え方以上に、想像し難いものである。先生と呼ばれる仕事に就いていると、ついつい自分の専門以外の領域でも一家言を持ちがちだが、精神医療関係者は司法領域の現状を知らず、司法関係者も

精神医療領域の現状を知らず、そして得てして知らないことに気付いていない⁹⁾。

例えば、裁判員制度の導入を控えた時期に、架空の刑事精神鑑定事例を用いて、全国の裁判所で模擬裁判が行われたことがあった。市民の参加を前提とした裁判員制度では、あまり専門的な話をするとう裁判員にわかりにくくなるし、わかりやすさばかりを追求すると厳密さが失われ、過度に市民の判断を誘導してしまいかねない。このジレンマは今日も続いているが、当時も模擬裁判参加者を悩ませていた。模擬裁判の後、筆者は裁判官らに対して、実際の裁判事例を積み重ねる中で、適切な方法を少しずつ確立していくことになるのではないかと述べた。治療困難例の臨床で、事例を積み重ねつつ、よりよい治療法を構築していくのは、医療現場では常識だろう。しかし、その場に居合わせた裁判官らの見解は、それでは困る、司法の厳正さの観点からも法の下での平等の観点からも、裁判員制度が開始されて間もない時期であろうと、最良の方法を採る必要がある、ということだった。確かにその通りだろうが、筆者にしてみれば、医療関係者と司法関係者の思考法の相違を実感させられた出来事だった。

この手の例は枚挙に暇ないが、もうひとつだけ挙げておこう。ある家庭裁判所で、90歳代のアルツハイマー病の老婦人に、後見人を付け

Criminology, psychiatric evidence and psychiatry

* 武蔵野大学人間科学部人間科学科[〒135-8181 東京都江東区有明三丁目3番3号], Keisuke TSUJI: Department of Human Sciences, Faculty of Human Sciences

るための審判が行われたときのことである。この老婦人は、にこやかに挨拶したり簡単な世間話をしたりすることはできても、自分が裁判所に連れてこられたことすら認識しておらず、ごく簡単な計算もできず、財産の管理など及びもつかない状態だった。当然、本人の財産を守るためには、保佐ではなく後見にする必要があったが、認知症の専門家に成年後見制度のための精神鑑定を依頼したところ、認知症の程度は中等度であるという趣旨の精神鑑定書が提出された。通常、重度の認知症であれば後見の対象だが、中等度では保佐相当であり、担当の裁判官や書記官は困惑して頭を傾げた。

これなども、じつは医療関係者と司法関係者の発想の違いに起因したすれ違いである。精神鑑定をした認知症の専門家にすれば、この老婦人の認知症の重症度は、90歳代のアルツハイマー病の患者の中では中等度に思えたのだろう。近年は豊饒とした高齢者が多く、しっかりと頭の働きを保っている者も少なくないが、90歳代ともなれば相応に衰えている者の方が多く、ましてや認知症患者をやである。同じくらの年回りのアルツハイマー病の患者を多数診察してきた専門家としては、配膳された料理を自分で食べられ、服を用意されれば更衣もできるこの老婦人を、重度と診断するのは躊躇されたのだろう。

一方、司法関係者にとっては、年齢にかかわらず、その人物が財産を管理・処分する能力を有しているかどうかが問題なので、年齢の割に、あるいは病気の割にしっかりしているという見方がされているとは思ひもしない。認知症の専門家が、90歳代のアルツハイマー病の中では中等度と考えたのに対し、裁判官や書記官は、成人の知的能力の障害としては重度に相当するのではないかと考えた訳で、お互いの見解に矛盾はないが、前提としている母集団が違っているのである。そして、困ったことに、認知症の専門家も、裁判官や書記官も、自分が前提としていることは（自分にとって）あまりにも

自明なので、他者が自分とは異なる前提で重症度を判定しているとは考えもしない。

学際的な領域では、お互いが相手の専門領域について知らないために、思わぬ誤解が生じることがあるし、同じ言葉を使いながら違う解釈をしていることも少なくない。上の例であれば、鑑定を嘱託する際に、裁判官や書記官は、自分達がなにを知りたいのか認知症の専門家に詳しく説明すればよかったのかも知れない。また、認知症の専門家は、老婦人の知的能力がどの程度保たれているのか、わかりやすく説明すればよかったのかも知れない。しかし、そうした説明の必要性に気付かないことは、決して珍しいことではない。現状では、医療領域と司法領域の思考法が大きく隔たっていることは周知されておらず、精神鑑定の現場では、まだまだ医療と司法のすれ違いが生じ続けるだろう。

医療関係者であれ、司法関係者であれ、どちらかが疑問を感じればまだよい。この例では、たまたま筆者がその家庭裁判所の医務官をしていたので、二つの領域の考え方の違いを解説することができ、無難な方向に議論を導けた。しかし、刑事・民事・家事を問わず、精神鑑定の現場では、お互いが誤解していることに気付かぬまま、不適切な処遇が決定されてしまうことが、残念ながらときおり生じている。

精神鑑定は、精神医療と司法を架橋する精神医学の応用分野であり、社会に貢献できるだけでなく、犯罪を始めとする人と人との争いを精神医学的な切り口で解題できる興味深い作業である¹⁰⁾。本論では、この二つの高度に専門化された領域の思考法の違いを紹介することを通して、精神医療関係者が抱きがちな精神鑑定受託への抵抗感を軽減し、かつ、司法関係者が精神医療関係者になにを尋ねたいと思っているかを解説し、よりよい精神鑑定書が作成されることを後押ししたい。併せて、司法関係者に対して、精神医療関係者の思考法を紹介し、精神鑑定書の正しい読み方を提示できれば、司法精神医学を専門とする筆者にとっては存外の幸せである。

2. 精神医療関係者と司法関係者の認識の違い

(1) 言葉の使い方の違い

医療と司法とを架橋する精神鑑定は、本質的に、どちらの領域でも主要な分野とはなり得ない隙間家具的な存在であり、近年話題に上がることが増えたとは言え、まだまだ適確に理解されているとは言えない。およそ精神鑑定と称されるものは、刑事、民事、家事に亘るさまざまな分野で行われる。今回取り上げるのは、この中の刑事精神鑑定——それもいわゆる責任能力鑑定で、被害者鑑定や医療観察法の鑑定については別の機会に譲りたい——であるが、どのような精神鑑定であっても、司法領域での争いに対し、精神医学的な知見の開示を求められていることに変わりはない¹⁴⁾。

したがって、精神鑑定について考える際には、上述したように、精神医療領域と司法領域でものの捉え方、考え方に違いがあることを押さえておかねばならない。この違いは、言葉の使い方にまで及ぶ。例えば、可能性という言葉は、医療現場ではある種の保険のようなもので、可能性さえ指摘しておけば、自分の診断や治療が間違っていたとしても、責任を免れることが多い。端的な例が薬の添付文書である。そこには日常の臨床では無視している例外的な副作用——体質的に問題がある者にしか起きないであろう副作用や、高齢で衰弱してでもない限り起きないであろう副作用——が列挙されており、患者をいたずらに不安がらせることになるが、万が一の例外的な事態が生じた場合に、あらかじめその可能性への注意を喚起しておかないと、医療関係者や製薬会社は責めを負うことになる。

今日、睡眠導入薬は非常にありふれた薬であり、犯罪者が睡眠導入薬を常用していることも少なくない。そして、ほとんどの睡眠導入薬の添付文書には、興奮、錯乱、意識障害、もうろう状態などが副作用として出現する可能性が記

されている。それを根拠に、刑事裁判の際に、犯行時には睡眠導入薬の影響で錯乱状態に陥っていて責任能力のない状態だったという主張がなされることがあり、筆者が解説のために法廷に呼ばれることもある。そうした場合、大概、被告人は高齢でもなく健康状態にも問題がないため、犯行時に奇異な言動を呈さなかったことや、過去におかしな副作用が出たこともないことを確認した上で、上記の事情から、被告人の場合は異常な副作用が生じていたとは考えられないと説明することになる。

可能性というのは、完全に否定するのが躊躇される言葉である。手術を受けるときには失敗する可能性、全身麻酔を掛けるときには意識が戻らない可能性、出産の際には危険な状態に陥る可能性といった具合に、医療関係者の言葉には、常に可能性がついて回る。通常、これらの可能性は、単に提示されるだけで、現実的には無視されるが、ひとたび法廷で開示されれば、いちいち吟味されることになる。

われわれも、将来、アルツハイマー病に罹患する可能性がある。一定の年齢に達していれば、まだ明らかな徴候は出ていなくても、アルツハイマー病のごく初期の変化がわれわれの脳内で生じている可能性は、厳密には否定できない。ただ、われわれは、そうした可能性に振り回される必要はなく、現時点で明らかな徴候が出ていなければ、病気が始まっている可能性を無視している。医療現場はよい意味の曖昧さに救われているが、法廷は曖昧さと相容れない関係にある。医療関係者が完全には否定しきれないという趣旨で可能性があると言っても、司法関係者は実際にそうである可能性があると解釈するかも知れない。

(2) 病態や病名に対する認識の違い

精神病の慢性期の病態に対する認識も、精神医療関係者と司法関係者とで異なっている。精神医療関係者にとっては、急性期の幻覚妄想状態や精神運動興奮状態も、慢性期の人格の荒廃

も、精神病の症状であることに変わらない⁴⁾。しかし、司法関係者にとっては、急性期の病態こそ奇妙奇天烈で了解不能に見えるが、慢性期の病態は人格ないし性格が崩れ、だらしなく破廉恥になっているようにしか映らず、責任能力の減免の対象とは見なされにくい。急性期の病態は治療をすれば改善するかも知れないが、慢性期の病態は進行性かつ不可逆で得てして治りようもなく、ひとたび責任能力を減免してしまうと、その被告人はその後ずっと責任能力を減免され続けることになりかねない。なにをやっても罪に問われない、法的に味噌滓な人間を生み出さないようにするためには、慢性期の病態を病気より性格の問題として捉える方が妥当なのかも知れない。

精神医療関係者と司法関係者は、同じ病名を聞いても、違う印象を持つ可能性がある。精神医療関係者にとって、覚せい剤精神病の幻覚妄想状態も統合失調症のそれも、大脳辺縁系でドーパミンが過剰になっている点では同じであり、そこには健康人と異なる病的な過程を見出すことができる。また、精神医療関係者の中でも薬物依存を専門としている者は、薬物乱用者を犯罪者というより治療の対象と見なすかも知れない。しかし、司法関係者にとっては、悪い薬だとわかっていて覚せい剤を乱用し、その結果、訳のわからない状態になって犯罪に走った者の責任能力を減免することは、なんとなく肯んじ難いようである。この辺りの感覚は、一般市民も同じだろう。このジレンマを解決すべく案出されたのが、覚せい剤精神病の幻覚妄想状態にはその者の普段の生活などが色濃く影響しているため、統合失調症の幻覚妄想状態より了解しやすいという、不安状況反応という概念である¹⁾。この概念は司法関係者に歓迎されたが、精神医療関係者にしてみれば、統合失調症の幻覚妄想状態も、その患者の普段の生活などから幻覚や妄想の題材を得ていることに変わりはなく、確かに覚せい剤精神病の患者は統合失調症の患者より他者との交流を求める傾向があ

るものの、覚せい剤精神病患者の脳内で、健康な者には見られない病的な過程が生じていることは否定できない。なんと言っても、統合失調症のドーパミン仮説は、覚せい剤精神病の研究に端を発しているのである。純粹に精神医学的に考えれば、不安状況反応は、精神医学と司法の乖離を防ぐために生み出された方便にほかならないが、そうした方便を用いなければならぬほど、精神医学と司法は距離が離れているのである。

そもそも、医療現場では多種多様な病名が飛び交っており、これもまた司法関係者を混乱させることになる。本邦の医療は保険診療で行われているので、投薬するにせよ検査するにせよ、対応する保険病名が付けられることになる。抗うつ薬を処方するならうつ病、抗精神病薬を処方するなら統合失調症という具合で、患者によってはうつ病と統合失調症の診断が併記されることもあろう。この保険病名が実際の臨床診断と異なることは、医療関係者にとっては常識だが、診療録の初めの方に病名が出てくると、司法関係者には、それが本当の病名のように見えてしまう。

その病名は保険病名に過ぎないと説明すれば、大抵は理解してもらえるが、ときには診療録に書かれている病名を盾に、責任能力の減免が主張されることもある。明らかに可能性がない病名であっても、いざ論理的に否定するとなると、家族歴や生活歴、現病歴、投薬内容、犯行時や現在の状態像、経過などをいちいち挙げ、疾患概念も含めて説明せねばならず、少々ことである。しかし、臨床家としての経験を基に結論を主張するだけだと、聴く者を十分に納得させることはできないし、自分以外の専門家が出て来て別の見解を示したときに水掛け論に陥ってしまうので、ここは丁寧に解説しておくべきだろう。

また、初診料や再診料、精神療法の費用なども保険診療で賄われるので、患者が訪れたからには、なんらかの病名を付けなければ、診察に

対する報酬も受け取れないことになる。したがって、病院を受診すれば必ずなんらかの病名が付けられることになる訳で、そうして付けられた病名は便宜的なものかも知れないが、司法的な状況では、医療機関を受診して診断を下されたという事実のみが強調されるかも知れない。そもそも、病気でないとは厳密に診断するためには、思いつく限りの病名を挙げ、そのひとつひとつに該当しないことを論証し続けなければならない、いわゆる悪魔の証明に陥ってしまう。そのため、医療関係者は、病気ではないという診断を下す作業を厭いがちだが、そうした事情も、必要に応じて司法関係者に開陳した方がよいかも知れない。

近年の精神医学における疾患概念の拡大も、司法関係者を混乱させている。精神医療領域をひとつの業界として捉えれば、疾患概念を拡大することは、潜在的な顧客を増加させることに繋がるし、実際、DSM の第 5 版などを見ても、この傾向ははっきりと窺える。

DSM の統合失調症は、従来診断の統合失調症より広い概念で、その中には一部の中毒精神病や器質精神病、心因性精神病なども包含されている。ひところ話題になった、ある種の連続殺人犯に対する FBI の非秩序型という類型⁷⁾も、従来診断の統合失調症には入らずとも、DSM の統合失調症概念には含まれるのかも知れない。うつ病の場合、この傾向はさらに顕著になる。従来の典型的な内因性うつ病概念の周辺に、反応性うつ病、心因性うつ病、抑うつ神経症、神経症性抑うつ、抑うつ反応、適応障害といった典型的ではないうつ病類似の概念を配置するならば、DSM のうつ病概念は、典型的な内因性うつ病概念を超えてその周辺領域に広がるし、抑うつ症候群という言葉を使うなら、その範囲はさらに拡大する。自閉症スペクトラム障害も、ある程度重い自閉症ならいざ知らず、アスペルガー症候群まで視野に入れてしまうと、もはやどこまでを病気として扱い、どこからを性格として扱うかといった問題が浮上し

てくる¹²⁾。実際問題として、アスペルガー症候群に該当する精神医療関係者や司法関係者も大勢いるのである。

このあたりの事情は、精神医療関係者同士であれば、暗黙の了解が通用するかも知れないが、司法関係者に対しては、説明の労を惜しむべきではなかろう。

(3) 検査に対する認識の違い

知能は、記銘・記憶力や理解力、思考力、判断力、読み書きや会話の能力、計算力、知識、道徳感情など、さまざまな側面からなっており、単純に判定できるものではないが、臨床面でも社会・福祉的な処遇の面でも、なんらかの目安が必要であり、知能指数 (IQ) は有用な指標である。もちろん、知能検査の結果は、施行する度に多少の違いが出るし、使用する知能検査の種類や、過去に同様の検査を受けた経験の有無、検査に対する意欲、担当する検査者などによっても変動する。知能指数は、身長や体重のようにその人ごとに定まった数値がある訳ではなく、コンピュータゲームなどで出てくる知力のような数値とは意味が異なる。知能は、知能指数という指標を用いることで推測することはできるが測定することはできない。知能検査は単なるテストに過ぎないので、知能を高く見せようとすることは難しくても、低い振りをすることは比較的容易である。テストをしても人の能力を完璧に判定できないのは、われわれが学生時代に散々実感してきた通りである。

知能指数は、知的能力の中の限られた側面の指標となるだけであり、精神医療の現場では、知能指数が 40 台でも軽度精神遅滞と診断する場合があるし、50 台でも中等度精神遅滞と診断する場合がある。また、療育手帳の交付や障害者年金の取得を申請する際には、刑事責任能力を厳密に議論するときよりも、多少障害の程度を重めに判定しているかも知れないが、これなどは十分な福祉的サービスを受けさせるための方便だろう。知能指数は、よい意味で曖昧な

概念である。

粗暴な犯罪に走る暴力団関係者の多くは、小中学校での成績は極めて不良で、学歴も中卒か高校中退に止まり、知能検査を施行すれば知能指数は5,60台になるかも知れない。もちろん、この結果を参考に、彼らに対しわかりやすく話し掛けるようこころ掛け、抽象的な議論よりも具体的な指導を優先することは有用だが、彼らの精神鑑定書に、いちいち軽度精神遅滞と記す必要があるかどうかは別である。彼らの中には、知能指数が40台になる者もいるが、これをもって、中等度精神遅滞であるから心神耗弱であると即断すべきではなかろう。一応は仕事に就き、結婚して家庭を持ったこともあり、それなりに社会生活を送っているのであれば、むしろそちらの方を重視すべきである^{11,13)}。

ひとたび知能指数という形で数字が提示されると、司法関係者は、それがあたかもその被疑者ないし被告人に固有の、客観的で厳正な数値であるかのように思うかも知れない。医療関係者は、検査の結果を提示する際には、それがどういう意味を持つのか、労を厭わず説明する必要がある。

近年、とくにDSMやICDのような操作的診断基準が調査・研究領域に止まらず臨床領域でまで活用されるようになってからは、精神症状を観察・記述する精神医療関係者の能力が低下したように思えてならない。表面的な症状をDSMやICDに操作的に当て嵌め、ロールシャッハ・テストなどの投影法の心理検査で精神病圏の病理が推測されることを指摘しただけで統合失調症と診断したり、あくまで患者の主観的な訴えを確認しているに過ぎない自記式の質問紙検査の結果から診断を導いたり（例えばSDSを根拠にうつ病と診断したり、IES-Rだけを見てPTSDと診断したり）することは、厳に慎むべきだろう。その人の背景や人となり、これまでの暮らしぶり、現在呈している症状などを適確に把握して丁寧に記述するのは精神医学の基本だが、精神鑑定に携わる際には今一度この

基本に立ち返る必要があろう。残念なことに、医療関係者の中には、自分が考案しただけで、信頼性も妥当性も検証されていない新手の検査もどきの結果を法廷に提示し、さも客観的・科学的な結果であるかのような主張をする者もいるが、こうした似非科学的な行為は淘汰されねばならない。

検査結果の誤った使用が誤解を生みかねないことは、知能検査を始めとする心理検査に止まらない。頭部のCT検査やMRI検査の画像になにか所見があったとしても、それが必ずしも臨床症状を伴うとは限らないことは、医療関係者にとっては常識だろうが、科学的な検査で所見が認められたというインパクトは、法廷では影響力が大きい。専門外の者にはなにを映しているのかわからないようなPETやSPECTの画像も、専門家が指し示してなにか言えば、妙に説得力を持ってしまう。冷静に考えれば、われわれの脳にもちょっとした嚢胞や、軽度の萎縮や梗塞巣が認められるかも知れないし、ぼんやりしているときには脳血流が低下しているだろうし、厳密にまったく所見がない脳波など存在しないだろう。しかし、司法関係者は基本的に文系であるためか、科学的という言葉を出されると納得してしまうことが多いのである。また、逆に、最新の科学的な検査の信頼性・妥当性が法廷で議論されるという珍妙な状況が生じることもある。白黒つけねばならぬ問題がある以上、止むを得ないのかも知れないが、対立する専門家同士の説の優劣を法廷で決定するなど、法学論争ならいざ知らず、常識的に考えればなんとも不思議な話である。精神医療関係者としては、常に臨床に軸足を置き、臨床から遊離した空理空論に陥らぬように留意しつつ、精神医療における一般的な知見を開示するようにしたいところである。

科学はどんどん進歩し、従来の定説が、新たな知見によって否定されることもある。とりわけ、科学技術の進歩は日進月歩であり、最新の成果もあつという間に陳旧化してしまう。しか

し、適確に捉えられた現象 (= 精神症状) の記述は、たとえ数十年の歳月が流れ、診断の体系が変わったとしても、価値を持続けるはずである。Kraepelin, Freud, Jaspers, Schneider といった先達の記述した症例は、今なお読み継がれているのである。

(4) 患者に対する医療関係者の認識と犯罪者に対する司法関係者の認識の違い

医療関係者は、患者の健康や幸福のために自分の専門知識・技術を使う立場にいたるため、突き詰めれば、臨床現場では、学問としての医学より、仁術としての医療の方が優先される。医療関係者にとって、診断書は患者の利益を守るために書くものであり、そこに記された病名は、必ずしも医学的に正しいとは限らない。本当の病名を告知していない場合や、本当の病名を記した診断書を提出すると患者が不利益を被りそうな場合などは、当たり障りのない病名を書くことになる。さすがに虚偽の内容を記しはしないにしても、例えば、職場環境に適応できずに苦痛を訴えている患者に対して、適応障害の概念を拡大解釈して診断するのは序の口で、抑うつ状態や自律神経失調症などと書くこともあるだろうし、うつ病と記すこともあるかも知れない。交通事故に遭ったという患者が来れば、その事故の客観的な状況を検証することなしに、半ば自動的に PTSD と書く場合もあるだろう。このあたりは、精神医療関係者にとっては日常茶飯事だろうが、その診断書が法廷に提出されると、相応の重みを持って扱われることになる。

精神鑑定を専門とする筆者からすれば、鑑定書や意見書には厳密に正しいことを記すと胸を張れるが、診断書の場合は嘘も方便で、結構いい加減なことも書いている。しかしながら、法廷では、下手な意見書よりも診断書の方が、日ごろその患者を診察している主治医の見解として信用されることも多い。医療関係者は、診断書が法的な争いの場で使用される可能性がある

ときには、多少慎重に内容を吟味した方がよいのかも知れない。自分の書いた診断書の内容の信頼性・妥当性が法廷で争点になり、他の医療関係者に論駁されるのは、あまり嬉しい体験ではないはずである。

また、自分が治療を担当している患者が事件や事故を起こしたときに、捜査機関から情報の提供を求められると、ついつい患者に有利な回答をしてしまう医療関係者もいるが、こうしたときには、専門家としての客観的・科学的な知見を求められているのか、日ごろ関わりのある者として情状を有利にするための意見を求められているのか、冷静に判断する姿勢が必要だろう。反対に、過度に厳しい意見を出しそうになったときには、治療の経過の中で陰性の逆転移が生じている可能性に留意する必要があるかも知れない。

(5) 司法制度に対する認識の違い

最近でこそ低調になったものの、ひところ、精神医療と司法に狭間が存在するという指摘がたびたびなされていた。犯行時に異常な精神状態に陥っていたため裁判で心神喪失とされて無罪になったものの、その後に行われた措置診察の際にはすでに病状が治まっていて不要措置となり、結局、服役も入院もせず、いわば野放しになってしまう事例が存在するのではないかという問題である。確かに、精密な議論を展開する本邦の裁判は長期に及ぶことが多く、責任能力が争点になる事例では事件から判決まで1年間前後の月日が流れることもざらなので、勾留中の規則正しい生活や投薬が奏効して、判決が出るころにすっかり病状が落ち着いていることも珍しくない。

医療観察法が施行されるようになり、そうした事例の一部を医療に結び付けることができるようになったという面はあるだろうが、過去にこの問題が注目を集めていたころには、措置診察の際に、その時点で状態像が過度に重視され、その後に病状が悪化する可能性が看過

される嫌いがあったようである。よくよく考えれば、しばらく前に病状が悪化して他害行為に及んだことがあり、その後、勾留生活で投薬こそ継続されていたにせよ、病識の獲得を促したり治療継続の必要性を自覚させたりするようなしっかりとした精神療法は受けていないだろうから、近い将来に病状が悪化して、再び他害行為に走る危険性があることは、否定できなかったはずである。

それ以上に、精神保健福祉法に基づく措置入院の本質が行政処分であるのに対し、裁判での判決は厳正に適用する必要がある司法判断なので、両者の間に乖離が生じたときには、行政処分の方をより柔軟に運用するべきであるのは、当然の理だろう。先に筆者は、司法関係者は文系であるがゆえに、科学に対する批判的精神を欠いているのではないかという指摘をしたが、医療関係者も、理系であるがゆえに、行政や司法の意味といった文系的な素養に疎い面があるかも知れない。気を付けねばならぬところだろう。

3. 責任能力について

(1) 刑事精神鑑定で求められること

刑事精神鑑定が行われる際に、もっとも争点になることが多いのは、犯行時の責任能力の有無、つまり犯行時に被告人が正常な状態だったのか異常な状態だったのかを明確にすることである。責任能力を考える際に、医療関係者は、被告人がどのような精神障害に罹患していたか診断を検討することから始めるが（これを責任能力の生物学的側面と呼ぶ）、司法関係者は、犯行時の被告人の言動が正常心理で理解できるかという了解可能性の見地から考察を進める（こちらが責任能力の心理学的側面である。心理学と言っても、通常の心理学のことではなく、法廷で心理を読み解くことを意味する）。つまり、責任能力という同じ主題を扱っていても、思索する方法論は異なるのである。一

応、最終的に重視されるのは心理学的側面の方だが、精神医療関係者からは、生物学的な異常がないのに異常な精神状態に陥ることはあり得ないはずだという指摘をすることになるし、法廷でも、専門家としての精神医療関係者の見解には重きが置かれることになる。

刑事精神鑑定は、他の多くの国々でも行われているが、日本以外の主要先進国では、責任能力よりも訴訟能力、つまり自らの利益を考えることができ、裁判を受ける能力があるかどうかの問題にされることも多い。訴訟能力に問題があるとされれば、いったん公判が中止されて被告人は精神科病院に送られ、病状が改善した後に公判が再開されるという流れになる。これはこれでなかなかよい制度だろうが、精神科病院に送られたまま塩漬けになり、公判を再開する目途が立たない事例が溜まってしまうという問題点もあるということである¹⁶⁾。

日本では、訴訟能力に対する要求水準はさほど高くなく、責任能力に問題がないようなら訴訟能力もあるだろうという程度の捉え方をしているが³⁾、近年の高齢化の進行により、事件後に認知症が進行して裁判どころでなくなる事例がちらりほらりと見られるようになってきている。また、被疑者ないし被告人の情状を検討する上での参考として刑事精神鑑定が行われたり、再犯防止や処遇に対する意見を求められたりすることもある。しかし、圧倒的に多いのは責任能力鑑定であり、われわれはここで責任能力概念を整理しておく必要がある。近年は責任能力自体を問われることは減り、犯行時の被告人がどのような精神状態だったのかを詳細に説明することを求められることの方が増えているが、それ自体、法廷で責任能力を検討するための作業であるから、われわれが責任能力概念を誤解しないようにすることは重要である。

(2) 心神耗弱（限定責任能力）という概念

責任能力——つまり適確に判断したり行動を制御したりする能力——が失われていれば心神

喪失（責任無能力）であり，相応に保たれていれば完全責任能力である。そして，責任能力が完全に失われていなくても，著しく損なわれていれば心神耗弱（限定責任能力）とされる。心神耗弱であれば刑罰が半減され，例えば通常なら 10 年間の懲役に処せられる場合なら，5 年間の懲役で済むことになる。医療関係者の中には，刑罰が半分になることから，心神耗弱を，ものごとが半分程度わかっている状態だと考える向きもあるが，われわれは相当もうろうとしていても一応は普通に振る舞えるものである。平素の半分程度の判断能力や行動制御能力が保たれているのであれば，責任能力に瑕疵はないと見なすのが正しい。深酒をした際に，どのように帰宅したのか覚えていなくても，不思議と家に辿り着いた体験や，悲しみの極にあって，なにも手につかないような心境なのに，不思議と仕事はこなせてしまったという体験は，決して珍しいものではなからう。

(3) 時代とともに変化する責任能力判断

責任能力に対する判断は，絶対的なものではなく，社会状況の影響を受けるし，時代とともに移り変わっていく。たとえば，育児に悩んだ母親がわが子を手に掛けた場合，米国などでは乳幼児の虐待事例と見なされることが多いようだが，もともと心中事件に対する情緒的な思い入れが強い日本では，可哀そうなお母さんという捉え方がされがちである。それでもまだ昭和期には，大切な家の跡取りに仇なした罪深い女という見方がなされていたが，平成に入ると，周囲からの手助けも得られないなかでひとり育児の苦悩に押し潰された悲劇のヒロインといった位置づけになることが目立つようになり，近年はわが子を殺した母親に心神耗弱や心神喪失が認められる事例が格段に増えている。さすがに，このところ過度に責任能力の減免が認められ過ぎる嫌いがあるので，次の時代には昭和ほどではないにせよ完全責任能力とされる事例が増え，刑罰も厳しめになるだろう。その際に，

殺された子供にも人権があるのだという発想がなされるのか，少子化の状況で社会にとって大切な子供を殺すのはとんでもないことだという発想がなされるのかは予測がつかないが，いずれにせよ，責任能力判断は，時代とともに移り変わっていくのである¹⁵⁾。

もう少し長めの時間経過で見ても，昭和 2, 30 年代に精神鑑定が行われた事例では，全般に心神喪失と判断されることが多く，例えば，統合失調症と診断されればほぼ確実に心神喪失となるほどだった。現在と比べて精神科の病床数をはるかに少なかった時代に，心神喪失が多かったのは意外に思えるかも知れない。しかし，当時の精神科病院の入院期間は現在よりはるかに長く，事件を起こして入院してきた患者はおそらくずっと入院し続けただろうから，心神喪失は，社会から見れば実質的に終身刑のような意味を持っていたのだろう。第二次世界大戦が終わって間もない時期に，異質な存在を社会から隔離し，均質な存在として復興に邁進しようとしていたのではなかろうかと考えるのは，少々穿った見方だろうか。

その後，最高裁の判例で，昭和 58 年には責任能力を判断するのは鑑定人ではなく裁判所であることが確認され，昭和 59 年には精神病であっても犯行への病状の影響如何で有責になり得るとされた。ちょうどこれに先立つ時期に，精神医療の現場が変化し始め，精神科病院が一生入院し続ける場所ではなくなり始めていたことを考え合わせると，精神科病院に入院させても社会に戻ってくるなら，きちんと刑務所に入れた方がよいという意図が透けて見えるようでもある。

4. 精神鑑定に対する疑問と批判への回答

(1) 精神状態の異常が免責に結びつくことの説明

世間の耳目を騒がせる事件に対して刑事精神

鑑定が行われると、凶悪な犯罪者を免責してどうするのだとか、そもそも精神鑑定など当てになるのかといった批判がなされることが少なくない。犯行時に異常な状態であればなぜ免責されるのかという疑問に対しては、紀元前のローマ法や、さらに古いユダヤやギリシャでの事例に遡って、昔からそうだったという説明がなされることがある⁶⁾。確かに、魔女狩りが猛威を振るい、多くの精神障害者が魔女として処刑された中世の欧州でも、自覚のない攻撃行為は免責されていたということだし、東洋に目を向けても、中国の戦国時代に、孫武の子孫とされる孫臏が、罪に陥れられた際に狂気を装って処刑を免れたなどという話を聞くことができるように、精神状態に異常を来した者が罪一等を減じられた事例は枚挙に暇ない。その背景にあるのは人権への配慮などではなく、狂気という形で異界と繋がる者を殺すことへの恐れだろうが、いずれにせよ、責任能力に繋がる発想自体は、古今東西を問わずそれなりに普遍的なのだろう。

もちろん、なぜ精神状態に異常を来していれば免責されるのかという問いに対して、歴史的な話をするだけでは十分な説明にはならないので、たとえば、悪いことをしたという自覚もない者に刑罰を加えても、反省を促すことには繋がらないので、むしろ病気の治療をすることで再犯を防止した方が、社会のためにもよいはずだなどといった説明がなされることもあるが、突き詰めれば、昔からそうしてきたという以上の答えは出せないことになる。結局、責任能力概念とは、経験科学の産物なのである。

それゆえ、責任能力による刑罰の減免などしない方がよいではないかという考え方も一定の説得力を有することになり、極端な場合、犯罪を行った側の立場から、裁判を受け裁かれる権利を奪うのはかえって差別的ではないかという主張がなされることもある。確かに、聾啞者は、刑法第40条が削除されて、責任能力が減免される対象ではなくなったので（その際も責

任能力を減免するのは逆差別であるという論旨があった）、精神障害者に対しても、今後もずっと責任能力が減免され続けるかどうかは、定かではない。実際、米国では、責任能力による免責の主張が認められない州もあると聞く。ただ、現時点では、精神障害者の責任能力について規定した刑法第39条を廃止しようという話は出ていないし、精神医療の専門家にとっては、こうした論争に加担するよりも、犯行時の被疑者・被告人の精神状態や、なぜその犯行が行われたのかといったことを、精神医学的な方法論や知見を駆使して、わかりやすく読み解くことこそが本分になろう。以下では、具体的な事件に触れつつ、精神鑑定への疑問や批判への回答を試みたい。

(2) 東京埼玉連続幼女誘拐殺害事件

本邦では、殺人事件の場合、3人殺していれば死刑、2人なら無期懲役、1人なら有期の懲役になることが多く、裁判員裁判が始まって、この傾向はおおよそ踏襲されている。もちろん、犯行の動機や残虐性、社会的影響、犯行後の情状などといったさまざまな要因が刑の軽重に影響するが、こと誘拐殺人事件となると、昭和35年の雅樹ちゃん事件や昭和38年の吉展ちゃん事件以来、被害者が1人でも死刑判決が相場になっている。そのため、誘拐殺人事件の公判で犯人が死刑を免れるためには、犯人ではないと主張するか（犯人性の否定）、責任能力による抗弁をするしかない。なお、自分は犯人ではないと主張できるなら、犯行時に周囲の状況を理解できたことになり、犯行時の精神状態に異常がなかったことが示唆されるので、犯人性の否定による抗弁と責任能力による抗弁は、本質的に両立しにくいと言える。

いずれにせよ、誘拐殺人事件の公判では責任能力の有無が争点になることが多く、犯行声明文などで劇場的に世間の耳目を集め、ロリコンやオタクの印象を一気に悪化させた東京埼玉連続幼女誘拐殺害事件の際も、起訴前段階で本鑑

定が行われ、その後の公判でも複数の本鑑定が行われた。その結果、人格障害説、多重人格説、さらには統合失調症説が唱えられることになり、世間的にも精神鑑定に対する疑問や批判が飛び交うことになった。冷静に考えれば、診断を付けることは、精神医学的な観点から犯行時の精神状態を読み解くための方法論に過ぎないので、診断が異なっている、犯行時の精神状態さえ適確に読み解いていれば、とくに問題は無いとも言える。これは、病跡学で、同じ人物に対する診断が研究者によって違っている、それぞれの学説を興味深く味わえることに通じるかも知れない。とは言え、無用な混乱は生まない方がよいのは確かであり、ここでは、なぜ宮崎勤に対してこうも違った病名が飛び交うことになったのかを確認しておこう。なお、以下に記す各精神鑑定の論旨は、あくまで筆者がそう読み取っただけであり、各鑑定人を批判する意図はないことを明記するとともに、ご不快に思われる向きがあればお詫びしたいこと表明しておく。

通常、かなり性質が悪い犯罪者でも、精神鑑定の際には、大概是鑑定人の指示に従い、診察や検査に応じる。これは、鑑定人の心証を損ねても得をしないからでもあろうし、医療者としての雰囲気やプレッシャーを漂わせている鑑定人が反抗心を惹きしないからかも知れないし、精神医療関係者がラポールの形成に長けているからかも知れない。もちろん、なかにはあからさまに拒否的・反抗的な態度をとる者もいるが、あくまで例外的である。宮崎勤は、その例外的な部類であり、人格障害説の基礎には、鑑定人にそのような態度をとるからには人格や性格が相当歪んでいるのだらうという発想が窺える。いささか乱暴な論旨のようにも見えるが、存外、正鵠を射ている。

多重人格説を唱えた鑑定人に対しても、宮崎勤は非協力的だった訳だが、それ以上に、どのような診断を想定しても精神状態を読み解くことができない宮崎勤に対して、鑑定人は頭を悩

ませることになった。考えてみれば、これは無理もないことである。経験豊富な精神科医であれば、さまざまな精神障害について十分な臨床経験を有していようが、日ごろ精神科医が相手にしているのは、犯罪者ではない普通の市民達である。ほとんどの精神科医は、連続殺人犯と面接をしたことなどないだろうが、もともと普通の市民である普通の精神障害者に対する臨床経験に基づいて、連続殺人犯の心理を理解しようとするなど、どだい無理な相談である。多くの精神科医にとって、快楽のために人を殺すことは、それだけで異常なことになってしまうのではなかろうか。

後で足利事件について触れるところでも記すが、われわれは、答えがわからなかったり論議の決め手を欠いていたりして悩んでいるときに、新しい知見に接すると、ついついそれに飛びついてしまう嫌いがある。宮崎勤についてどう考えたらよいか鑑定人が悩んでいるときに、ちょうど米国で話題になっていたのが多重人格概念であり、鑑定人は、この古くて新しい学説を採用することになったと考えられる。これが宮崎勤多重人格説の本質であろう。実際、宮崎勤は精神鑑定中も人格の交代などは起こしていないのである。

宮崎勤多重人格説は、さすがに誤りであると言わざるを得ないが、統合失調症説は一定の説得力を有している⁵⁾。死刑を執行されたころであれば、宮崎勤が統合失調症を発症していた蓋然性は、さらに高まるかも知れない。この場合、要は、もともと人格障害であった人物が、いずれかの時点で統合失調症を発症したのだらうと考えることになる。

統合失調症の過程が寛恕に進行したとすれば、発症のごく初期には、際立った診断能力を有する僅かな精神科医のみが統合失調症であることを見抜き、他の凡百な精神科医は人格障害と診断することになろう。もう少し病状が進めば、統合失調症と人格障害の診断が相半ばする時期もあろう。そして、やがて、ほとんどの

精神科医が統合失調症と診断するに至るだろう。通常の精神科臨床であれば、早期発見・早期治療は非常に素晴らしいことである。他の追従を許さない名医が、一般の精神科医に先駆けて診断を下せば、それだけ患者や家族の将来を明るくすることに繋がるだろう。しかし、精神鑑定の際に、一般の精神科医には人格障害者にしか見えない犯罪者を、名医の診断に従って統合失調症と扱ってよいのだろうか。平凡な精神科医の目にも異常に映るくらいだからこそ、通常の犯罪者とは異なる処遇にすることを考慮すべきなのではなかろうか。誤解を恐れずに言うならば、鑑定人は名医であってはならず、その他大勢の精神科医として法廷に挑まねばならないのである²⁾。

これは、司法関係者が鑑定を嘱託する際に、特定の障害の専門家に依頼すべきではないということにも繋がる。犯罪者になんらかの精神障害の存在が疑われると、司法関係者はついついその精神障害の専門家に意見を聴きたいと考えがちだが、特定の障害の専門家は、どうしてもその障害の名医になってしまい、鋭敏な診断を下しがちで、下手をすると疾患概念を乱用することにも繋がりがかねない。自分の専門とする疾患にはどうしても思い入れがあり、患者に対しても共感的になりがちなため、ミイラ取りがミイラになるように、責任能力の減免を示唆する鑑定結果を出してしまったり、過度に情状に配慮した書き方をしてしまったりすることもある。

最近も、万引き事件の犯人を前頭側頭型認知症と診断する鑑定書や意見書が飛び交い、法廷で不毛な議論が繰り広げられる事例が散見されているが、そのなかには、きちんと仕事をしていて家庭生活も営み、公判での受け答えもまともで、1年以上前の犯行時の状況を適確に説明し、もう二度と万引きをしないと誓うような者も少なくなかった。なかには、十数年前に捕まった過去の万引き事件も前頭側頭型認知症のためであると主張しながら、現時点でも普通に社会

生活を続けて法廷で証言もできているような者もいて、これを前頭側頭型認知症と診断するのは予後や長期経過をどう考えているのだろうか、思わず失笑せざるを得ない。患者として訪れた犯罪者やその家族が可哀そうに思えて、刑務所に入るのを防いでやりたいと考えたのかも知れないが、専門家として自分の専門領域の知見を提示することと、一市民として情状面への感想を述べることを混同してはなるまい。

鋭敏過ぎる診断を下す専門家の中には、治療への自負のあまり、自分ならその犯罪者を治療して再犯させないようにすることができるなどと言って、過度の医療化を助長しようとする者もいる。そうした専門家に限って、エビデンスもない治療法や、酷いときには自分で考案した治療法を吹聴して法廷を惑わせることすらあるので、始末に負えない。医療の効果への期待から刑罰を軽くされた犯罪者が、結局、再犯に至ってしまった事例に遭遇することもある。こうした行為は、法廷のみならず市民の精神医療への信頼を損ねることにもなるので、厳に慎むべきだろう。

むしろ、専門家ならではの見解が犯罪者の心理を鋭く分析し、法廷での議論を深める場合も多いので、一概に精神鑑定の現場から特定の障害の専門家を排除すればよいということにはならない。さまざまな精神障害に対する精神病理的な知見は、法廷でも非常に有用である。一見すると精神障害の影響に思えない言動の背景に、精神症状の影響を見てとれると解説することで、犯行時の精神状態への理解を深められることも少なくない。犯罪者ではなく被害者の精神鑑定で、被害時に逃げられなかったり、被害後に苦しんでいないように見えたりするのが、じつは被害者の特徴であると指摘することの価値も高い。

ただ、その一方で、犯罪者の生活歴や現在症から必要以上に精神障害の徴候を読みとり、なんでもかんでも精神障害のせいだと見なしてしまうことがないように注意する必要はある

う。筆者はときおり法廷で、精神障害者がペットを飼うときの話をすることがある。統合失調症患者の多くは猫派で、うつ病患者の多くは犬派であり、自閉症スペクトラム障害患者が飼うならハムスターや亀などが多いが、これは精神障害の症状として見るよりも、単なる性格として見るべきだろうと話すとき、司法関係者や裁判員は、なんとなく納得してくれることが多い。じつは、責任能力を評価する際に、精神障害の影響を最大限に評価して、それこそペットの選択も精神障害の症状であると捉えるような考え方もあり得て、Durham Test と呼ばれているが、現在、この考え方は採用されていない。因みに、よいか悪いか判断する能力（弁識能力）があるかどうかに着目して責任能力を検討するのが McNaghten Test であり、弁識能力だけでなく行動を制御できるかという点にも着目するのが ALI (American Law Institute) Test である。日本の制度は ALI に準じたものである。大まかな印象としては、責任能力の減免がもっとも認められやすいのが Durham Test であり、次いで ALI Test, McNaghten Test の順になる⁸⁾。経験の少ない鑑定人は、自覚のないままに Durham Test 的な発想をしがちなので、注意する必要がある。

(3) 足利事件

続いて冤罪事件としても世間の耳目を集めた、平成 2 年に渡良瀬川の河川敷で被害女兒の遺体が発見された殺人・死体遺棄事件——いわゆる足利事件——についても触れてみたい。被害女兒の下着に付着していた精液の DNA 型が被告人のものと一致したことが決め手となって無期懲役になり、再審段階での DNA 型の再鑑定で今度は一致しなかったことが決め手となって無罪判決が言い渡されたという具合に、この事件ではもっぱら法医学鑑定が争点になったが、初期段階では精神鑑定も行われていた。DNA 型鑑定の精度についてはさておき、事件当時の精神鑑定書を読むと、遺体を前に射精を

したが下着には掛けていないという趣旨の主張がはっきりとなされており、だとすれば、そもそも下着から採取した検体の DNA 型鑑定を争点としたこと自体が的外れだったようにも思えてくる。

確かに、捜査の決め手を欠いていたときに、最新の科学技術として登場した DNA 型の鑑定に飛びついてしまったのが、取り返しのつかない捜査の瑕疵であることは明らかである。その瑕疵を突いて無罪を獲得するのは、刑事弁護という観点からは誇るべき結果だろうが、一方で、元受刑者がこの事件の犯人なのかどうかという議論と一線を画していることは否めず、そこに元受刑者に対する市民感情のある種のよそよそしさの源泉があるように感じてしまうのは、穿った捉え方だろうか。

再審が行われていたころ、この事件の精神鑑定を担当した精神科医がとくに発言しなかったため、元受刑者を擁護する立場の人々の中からは、その精神科医を批判する声が少なからず上がった。しかし、冷静に考えると、その精神科医が沈黙を保っていたからこそ、再審での無罪判決が犯人性の否定に繋がる訳ではないと示唆されることが回避されたとも言えよう。精神科医の沈黙が、元受刑者の地域社会への円滑な復帰を多少なりとも後押ししたのではないかと考えると、沈黙への批判がなんとも理不尽に思えてくるのだが、世上の批判とは得てしてそのようなものかも知れない。

映画やドラマではないので、元受刑者の側が真犯人を探す必要など毛頭なく、強大な国家権力を前にした弱者として、自らを訴追する論旨のどこか一点の綻びを指摘しさえすれば無罪を勝ち取ることができるのは、正しいことだろう。だがその場合、証拠を掴まれず無罪になっただけで、本当は犯人なのではないかと世間から疑われ続けることになる。これもまた冤罪事件がもたらす深刻な被害だろうが、残念ながら、再審で無罪判決を勝ち取ることに注力する人々の中には、無罪であれば犯人ではないとい

う図式を描いてしまう向きも少なくないようである。本当は犯人なのではないかと疑われ続けることによる重苦しさや、本当は犯人なのではないかと疑い続けることによる不安に目を向けようとせず、そのように感じるべきではないと切り捨ててしまう姿勢には、つつい違和感を覚えてしまう。

DNA型鑑定に焦点をあてれば、冤罪事件としての構図が整理されてわかりやすくなるが、司法精神医学を専門とする立場からすれば、精神鑑定の結果の検証も含めた総合的な議論がなされた方がよかったのではないかなと思えてならない。いずれにしろ、この事件の真犯人が誰なのかといった議論は別として、どうもわれわれは、答えがわからなかったり論証の決め手を欠いていたりして悩んでいるときに、新しい知見に接すると、つついそれに飛びついてしまう嫌いがあるようである。これについては宮崎勤の事件でも触れたが、精神鑑定を行う際には、足利事件の経緯も他山の石とすべきかも知れない。

(4) バリ人肉食事件

少々古い事件だが、友人女性を射殺し、屍姦後に遺体の一部を食べたり解体して写真を撮ったりしたという猟奇性や、その後、犯人が本を書いたりコメンテーターとしてマスメディアに露出したりしたという話題性から、これまでもいろいろな場で取り上げられたので、事件自体の詳細を記す必要はなかろう。精神鑑定の観点からは、フランスの裁判で心神喪失とされて不起訴処分になったにも関わらず、翌年帰国したときには精神病と診断できず措置入院にもならず、さすがに医療保護入院（後に任意入院）で入院したものの、1年間ほどで退院したという経緯に注目することになる。当時、国際学会等でフランスの精神科医と話す機会があった日本の精神科医の中には、心神喪失で帰国させたのになぜきちんとした医療的処遇に導入しないのだという不満をぶつけられた者もいると

聞く。

その後の経過を見れば、人格障害であるとした本邦の医療機関の診断に分があることが明らかだろう。どうやら、当時のフランスでは、殺害後に遺体を食べた事例は心神喪失になることが多かったようだし、被害者がオランダ人女性で加害者が日本人男性であるこの事件は、フランス人にとっては外国人が外国人を殺害した事件であり、さっさと送還してしまいたいという心理が働いたのではないかと邪推もできる。しかし、1歳時に腸炎を患ったという犯人の病歴が、脳炎を患ったと誤訳されて伝わり、フランスでの精神鑑定の決め手になったのではないかということになると、途端にこの事件は、外国人犯罪の精神鑑定の難しさという一面を見せることになる。

日本語でもわかりにくい精神医学や精神鑑定についての説明を、法廷で通訳を挟んで話すとすると、なんと頓珍漢な状況が現出する。以前、ベトナム人の精神鑑定を行い、法廷で証言したときに、筆者の語った「精神鑑定」という語を、ベトナム人の通訳人は「セイシンカンテイ」とそのまま発音していた。当然、それでは被告人にはなんのことだか訳がわからないだろうし、そのときは通訳人の翻訳能力の低さのように思えたが、後日、現地の事情に詳しい知人に教示されたところでは、もともとベトナムでは精神鑑定に相当する概念がないはずで、そのまま発音したのは止むを得ないだろうということだった。

さすがに、日仏間の翻訳は、日越間の翻訳より容易かも知れないが、腸炎が脳炎に誤訳されるくらいのことは起きてもおかしくないし、外国人、それも人格障害者の言動の理解しにくさを、精神病的な了解不能性と誤解することも、まったくないとは言えなからう。本邦でも、平成17年に起きた広島小1女児殺害事件の際に、スペイン語を母国語とする犯人が口にした「魔が差した」という意味の言葉が、「悪魔が頭に入った」と誤訳され混乱を招いたことがあった。

こうした誤訳や誤解を避けるために、外国人の精神鑑定の際には、その国の事情に精通した精神医療関係者が鑑定人になることが望ましいが、その場合、特定の疾患の専門家に鑑定を嘱託するときと同じように、責任能力を減免する方向に結果が引きつけられたり、過度に情状に配慮した書き方がなされたりするおそれもついてまわる。転移や逆転移などのこころの動きに精通しているはずの精神医療関係者が、自分のこころの動きを捉えきれないのもおかしな話だが、精神鑑定では数か月に亘って対象者のことを集中して考えることになるので、それだけ転移や逆転移が働きやすいのかも知れない。注意したいところである。

5. おわりに

精神鑑定は、犯罪に目を向けた精神医学の応用分野であり、精神医療と司法との狭間で活動する学際的領域であるとともに、精神医学の基礎に立ち返り、精神障害のみならず人間についてじっくりと考察できる興味深い分野である。多くの先生方にご関心をお持ちいただければ幸いである。

本稿は第 71 回栃木県精神医学会・第 36 回栃木気分障害研究会 (2018 年 2 月 24 日, 宇都宮) の特別講演で発表した。

文 献

- 1) 福島章：犯罪心理学研究 I。金剛出版，東京，1977
- 2) 林 幸司：精神鑑定実践マニュアル—臨床から法廷まで。金剛出版，東京，2001
- 3) 中田 修：犯罪精神医学。金剛出版，東京，1972
- 4) 中谷陽二：分裂病犯罪研究。金剛出版，東京，1996
- 5) 中安信夫：宮崎勤精神鑑定書別冊中安信夫鑑定人の意見。星和書店，東京，2001
- 6) 小田 晋：精神鑑定—ケースブッカー。青土社。東京，1997
- 7) Ressler, R. K., Burgess, A. W., Douglas, J. E.: Sexual Homicide, The Free Press, New York, 1988 (狩野秀之訳：快楽殺人の心理—FBI心理分析官のノートより。講談社，東京，1995)
- 8) 滝口直彦：アメリカ司法精神医学。小田 晋編，佐藤親次・森田展彰編集協力：司法精神医学と精神鑑定。医学書院，東京，pp.477-483, 1997
- 9) 辻 恵介：精神鑑定とトラウマについて。トラウマ・ケア論 (平成18年度武蔵野市寄付講座講義録)。武蔵野大学出版会，東京，pp.39-52, 2007
- 10) 辻 恵介：犯罪心理学を学ぶための精神鑑定事例集。青山社，神奈川，2008
- 11) 辻 恵介：精神医学の基礎知識 (1)。米山岳廣，辻 恵介編：〔改訂版〕精神保健の基礎と実際。文化書房博文社，東京，pp.25-52, 2010
- 12) 辻 恵介：新型うつ，アスペルガー等，最近耳にすることが多い精神疾患について。経営法曹，182：40-90, 2014
- 13) 辻 恵介：発達障害と問題行動。田中康雄監修，藤森和美，辻 恵介編：発達障害とキャリア支援。金剛出版，東京，pp.109-127, 2014
- 14) 辻 恵介：被害者と裁判。野村俊明監修，青木紀久代，堀越勝編：トラウマ (くらしの中の心理臨床 3)。福村出版，東京，pp.97-102, 2016
- 15) 辻 恵介：絞殺との親和性から見たうつ病の精神病理に関する一考察。司法精神医学，12：135, 2017
- 16) 山上 皓：精神分裂病と犯罪。金剛出版，東京，1992